

УДК 618.19-006.6-08

*Ю.В.Думанский, И.Е.Седаков, А.И.Александров, Я.В.Денисенко***ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ***Донецкий областной противоопухолевый центр (ДОПЦ), Украина*

Реферат. На примере анализа лечения 671 пациентки, больной раком молочной железы, продемонстрирована эффективность селективной внутриартериальной полихимиотерапии в сочетании с другими органосохраняющими методами лечения. Изучена динамика выживаемости больных раком молочной железы при различных вариантах органосохраняющих и пластических операциях и вариантах проведения полихимиотерапии.

Ключевые слова: рак молочной железы, органосохраняющее лечение, селективная внутриартериальная полихимиотерапия, трансплантация сосково-ареолярного комплекса.

На протяжении многих лет рак молочной железы (РМЖ) занимает ведущие позиции в структуре онкологической заболеваемости и смертности женского населения во всём мире, в том числе и в экономически развитых странах (2.7). Статистические данные свидетельствуют о неуклонном росте РМЖ за последние 10 лет, без тенденции к стабилизации показателей (1.8).

В Украине этот показатель вырос более чем на 10% и составляет 67,6 случаев на 100тыс. женского населения, при ежегодном приросте в 1-2%.

В Донецкой области, по данным канцер-регистра Донецкого областного противоопухолевого центра, заболеваемость РМЖ выросла с 51,3 (1994г.) до 60,9 (2005г.) случаев на 100тыс. женского населения.

Неуклонное увеличение заболеваемости РМЖ поднимает сложную проблему улучшения качества жизни больных, перенесших радикальное лечение.

Оптимальным является сочетание высокой эффективности противоопухолевого лечения и достижение эстетического результата в хирургическом лечении рака молочной железы (РМЖ), психоэмоциональная и социальная реабилитация женщин.

Наметилась четкая тенденция к отказу от калечащих мастэктомий единым блоком с большой и малой грудными мышцами (Холстед, 1889, Майер, 1894), приводящих не только к чисто физической и моральной ущербности, но и глубокой психологической травме, тормозящей процессы адаптации и сопротивляемости организма. Использование функционально щадящих операций (Пейти, 1948 или Маддена, 1965) соответственно с сохранением большой или обеих грудных мышц показало, что они не только не снижают радикальность, но и увеличивают 5-ти и 10-ти летнюю выживаемость.

Современная концепция лечения РМЖ базируется на понимании биологической кинетики и агрессивности опухоли, путей ее распространения, в соответствии с которыми определяется место хирургического этапа и его адекватный объем, выполняемый в плане комбинированного или комплексного методов лечения.

После изучения пятилетних результатов, Veronesi U. и Fisher B. показали высокую эффективность органосохраняющих операций и обосновали возможность их применения в лечении рака молочной железы [9,10,11]. Показания к этим операциям, их отдаленные результаты, частота рецидивов изучались многими авторами [3,4].

Вот почему органосохраняющие операции стали конкурировать с укоренившимся в практике направлением с обязательным включением в план лечения радикальной мастэктомии (РМЭ). А внедрение эффективных методов лучевой, химиогормональной терапии расширили показания к выполнению органосохраняющих операций.

Исходя из вышесказанного нами была сформирована цель исследования: разработка оптимальных методов органосохраняющего лечения больных раком молочной железы при 1-11б стадии, которые включают наиболее эффективные меры профилактики местных рецидивов при органосохраняющем лечении РМЖ.

Были выделены следующие задачи:

- Внедрение современных методов лучевой и химиогормональной терапии для расширения показаний к выполнению органосохраняющих и пластических операций при РМЖ, использование внутриартериальной полихимиотерапии (ПХТ) с целью профилактики рецидивов.

- Разработка новых методов пластических операций на молочной железе.

- Внедрение в практику реконструктивных операций у больных, перенесших мастэктомию.

Материалы и методы

В основу данного исследования вошла 671 пациентка детородного возраста со стадией заболевания 1-11б (T1-2,N0-1,M0 и локализацией опухоли преимущественно в верхних квадрантах, которым

проводилось комплексное лечение в период с 1998 по 2006г. В зависимости от выполненного оперативного вмешательства, больные были условно разделены на 3 подгруппы.

1-ю подгруппу составили 254 пациентки, которым была выполнена радикальная мастэктомия по Маддену.

Во 2-ю вошли 314 больных, которым выполнялась квадрантэктомия с лимфаденэктомией (КЭ с ЛЭ).

В 3-ю подгруппу – больные, которым одновременно с КЭ и ЛЭ проводилась катетеризация ВГА – 103 пациентки .

В послеоперационном периоде больным 1 и 2 подгрупп проводилось 2-3 курса полихимиотерапии в системном режиме по схеме CMF, в то время как пациенткам 3 подгруппы была проведена селективная внутриартериальная полихимиотерапия или по модифицированной в нашей клинике схеме CMF. По показаниям пациенткам всех подгрупп проводилась гормонотерапия.

Противопоказаниями для органосохраняющих операций является только вовлечение в процесс кожи или подлежащих тканей, мультицентричный рост, отказ пациентки от органосохраняющей операции, все остальные случаи рака молочной железы стадии 1-11б считали показанием к органосохраняющему лечению [5,6].

Наличие метастазов в подмышечных лимфатических узлах не является противопоказанием к органосохраняющему лечению, так как объем оперативного вмешательства на лимфатическом коллекторе не отличается от других радикальных операций, а удалять остатки молочной железы, в которой нет признаков опухолевого роста, нецелесообразно.

Для достижения оптимального эстетического результата хирургического лечения РМЖ 1-2 стадии с 2003 года в 32 случаях применялась разработанная и запатентованная нами методика радикальной резекции МЖ с транспозицией сосково-ареолярного комплекса и одномоментной катетеризацией внутренней грудной артерии.

Оперативное вмешательство выполнялось по следующему принципу. Учитывая объем и размеры МЖ, размеры удаленного сектора или квадранта, осуществляется разметка кожи соответственно линиям будущих разрезов.

В зависимости от объема удаленных тканей планируется расстояние и направление транспозиции сосково-ареолярного комплекса с целью соблюдения симметричности сосков. По диаметру ареолы в выбранном направлении проводятся деэпидермизация кожи, транспозиция сосково-ареолярного комплекса в большинстве случаев выполняется на дермальной ножке, ширина которой не менее 5 см.

Ареола фиксируется к краю кожи четырьмя наводящими узловыми швами соответственно 3, 6, 9, 12 часам.

Одновременно с транспозицией сосково-ареолярного комплекса выполняется катетеризация внутренней грудной артерии через верхнюю надчревную артерию справа или слева. На второй день после операции в этих случаях проводилась внутриартериальная ПХТ по схеме CMF.

В ДОПЦ применяется методика первичной реконструкции МЖ, включающая в себя подкожную мастэктомию с одномоментной установкой эндопротеза (17 больных) либо отсроченная пластика МЖ у больных, перенесших мастэктомию. Операция выполняется в два этапа, с использованием экспандера, который устанавливается в сформированный карман между большой и малой грудными мышцами. Через 3-6 месяцев проводится операция по замене экспандера на эндопротез (11 больных).

Результаты и обсуждение

В настоящее время наш опыт составляет более 800 органосохраняющих операций. Интересна динамика использования различных вариантов радикальных вмешательств при раке молочной железы за эти годы. Операция Холстеда показана только при прорастании опухоли в грудные мышцы и составляет 4.8% от общего количества выполненных радикальных мастэктомий. Все более широкое применение находят функционально щадящие операции. Причем до 1999 года предпочтение отдавалось операции Пейти, а в дальнейшем еще более щадящей мастэктомии по Маддену.

Первоначально показаниями к радикальным резекциям считали наличие уницентричной узловой опухоли диаметром до 3 см, расположенной в наружных квадрантах, без регионарных метастазов, при достаточном для хорошего косметического эффекта размера молочной железы у женщин сравнительно молодого возраста, желающих сохранить орган. Вместе с тем возникают ситуации, когда молодая пациентка отказывается от органосохраняющего оперативного вмешательства, считая его опасным. Поэтому важен не возраст, а желание женщины сохранить молочную железу. Также мы отошли от ограничений, связанных с локализацией опухоли и размером молочной железы, так как стали использовать новые способы оперативных вмешательств при медиальных и нижних локализациях опухоли и различные варианты одномоментной пластики.

Накопленный опыт проведения внутриартериальной ПХТ (более 1700 катетеризаций внутренней грудной артерии) позволил впервые использовать разработанную методику при органосохраняющих операциях на молочной железе в неoadъювантном и адъювантном режимах, что позволило значительно расширить показания к выполнению органосохраняющих операций. Причем, если ранее органосохраняющее лечение проводилось у больных с размером опухоли до 2 см с локали-

зацией в наружных квадрантах, то с внедрением внутриартериальной ПХТ локализация опухоли не стала иметь принципиального значения.

Интересной на наш взгляд была динамика показателей 3-х и 5-ти летней выживаемости. Так, в 1-ой группе 3-х летняя выживаемость составила $93,6 \pm 3,1\%$, во 2-ой группе – $92,9 \pm 2,9\%$, в 3-ей группе – $95,4 \pm 4,5\%$.

5-ти летняя выживаемость: в 1-ой группе – $87,3 \pm 4,6\%$, во второй – $82,4 \pm 4,7\%$ и в 3-ей группе $87,6 \pm 6,4\%$.

Течение послеоперационного периода и заживление ран во всех 3-х группах практически не отличались. Местные рецидивы в 1-ой группе составили 3,73%, во 2-ой – 4,01%. В 3-ей – 1,8%.

Таким образом, органосохраняющие операции в комплексном лечении РМЖ 1-116 стадии можно считать альтернативным методом по отношению к радикальной мастэктомии, они позволяют сохранить женственность без ухудшения отдаленных результатов лечения.

Использование методики операции с транспозицией сосково-ареолярного комплекса приводит к достижению максимального косметического результата.

Применение внутриартериальной ПХТ позволяет расширить показания к проведению органосохраняющего лечения и увеличить сроки безрецидивного периода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондарь Г.В., Думанский Ю.В., Седаков И.Е., Семикоз Н.Г. и др. Сочетание лучевой и внутриартериальной ПХТ в комплексном лечении рака молочной железы // Украинский радиологический журнал №2.-2003.-С147-149.
2. Бондарь Г.В., Седаков И.Е., Смирнов В.Н., Алиева С.О. Эволюция методов лечения рака молочной железы / Международный медицинский журнал №4, том 9, 2003, С.94-98.
3. Волченко Н.Н., Франк Г.А. // Рос. онкол. журн.-1997.-№ 1.-С.23-25.
4. Демидов В.П., Островцев Л.Д., Джубалиев С.К. и др. // Реабилитация онкологических больных при функционально-щадящем лечении / Под ред. В.И. Чиссова и др. – М., 1995.-С.84-102.
5. Орлов О.А., Руди З.А., Парандей И.Н. // Рак молочной железы: Материалы международной науч.-практ. конф.- Архангельск, 1998.-С.42-43.
6. Семиглазов В.Ф. // Маммология. –1996.-№ 2.-С.3-8.
7. Breast conservation in breast cancer: surgical and adjuvant considerations. Curr Opin Obstet Gynecol. 2004 Feb; 16(1):31-6. Meric-Bernstam F.
8. Conservative treatment in noninvasive breast cancer. Tumori. 2004 jan-feb;90(1):17-21. Rodriguez N. Sanz X.
9. Fisher B., Bauer M., Margolese M. Et al. // N. Engl. J. Med.-1985.-Vol.312, N 11.-P.665-673.
10. Veronesi U., del Vecchio M., Costa A. Et al. // Minerva Ginecol.-1982.-Vol.34, N 11.-P.913-916.
11. Veronesi U., Banfi A., del Vecchio M. Et al. // Eur. J. Cancer Clin. Oncol.-1986.-Vol.22.-P.1085-1089.

Ю.В.Думанський, І.Є.Седаков, О.І.Александров, Я.В.Денисенко

ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧЕ ЛІКУВАННЯ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Донецький обласний протипухлинний центр (ДОПЦ). Україна

Реферат. На прикладі аналізу лікування 671 пацієнтки, хворої на рак молочної залози, продемонстрована ефективність селективної внутріартеріальної поліхіміотерапії в сполученні з іншими органозберігаючими методами лікування. Вивчена динаміка виживання хворих на рак молочної залози при різноманітних варіантах органозберігаючих та пластичних оперативних втручаннях і варіантах проведення поліхіміотерапії.

Ключові слова: рак молочної залози, органозберігаюче лікування, селективна внутрішньоартеріальна поліхіміотерапія, трансплантація сосково-ареолярного комплексу.

Dumansky U.V., Sedakov I.E., Alexandrov A.I., Denisenko J.V.

CONSERVATIVE SURGICAL TREATMENT OF BREAST CANCER

Donetsk Regional Oncology Center.

The efficiency of selective intraarterial chemotherapy as a part of combined treatment breast cancer which conservative surgical treatment was demonstrated on the basis of analysis treatment 671 patients. It was investigated the dynamics of living patients with breast cancer by different variants of the conservative surgical treatment and plastic operations which different ways of introduction chemodrugs.

Keywords: breast cancer, conservative surgical treatment, selective intraarterial chemotherapy, transplantation of nipple-areolar complex.